



ace insurance

一、基本資料及要保事項 ※以下內容請以正楷清楚填寫，如有塗改，請於塗改處簽名確認。

要保人	出生日期	民國	年	月	日	身分證字號 (統一證號)														
聯絡電話	日()	分機:		夜()		手機			關係	係被保險人之										
E-Mail																				
聯絡地址																				
(本公司催告及有關各項通知之送達以聯絡地址為準，恕不接受郵政信箱，如有變更時要保人應立即以書面通知本公司)																				
被保險人	<input type="checkbox"/> 同要保人	性別		出生日期	民國	年	月	日	身分證字號											
公司名稱				職稱				工作內容				副業	(如無可省略)							
保險內容	<input type="checkbox"/> 計畫一 安達產物個人傷害保險 100 萬+安達產物大眾運輸工具傷害保險附約 100 萬+安達產物航空飛行傷害保險附加條款 100 萬+安達產物住院醫療日額保險 1000 元																			
	<input type="checkbox"/> 計畫二 安達產物個人傷害保險 200 萬+安達產物大眾運輸工具傷害保險附約 200 萬+安達產物航空飛行傷害保險附加條款 200 萬+安達產物住院醫療日額保險 2000 元																			
	<input type="checkbox"/> 計畫三 安達產物個人傷害保險 300 萬+安達產物大眾運輸工具傷害保險附約 300 萬+安達產物航空飛行傷害保險附加條款 300 萬+安達產物住院醫療日額保險 3000 元																			
是否同時投保其他保險公司之實支實付型醫療保險? <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 (請詳述公司名稱及保險金額)																				
身故保險 金 受 益 人	姓名	身分證字號	與被保險人關係	順位	分配比例 (%)	1.指定受益人若超過一人，未註明保險給付比例或順位，則以均分方式辦理。 2.如無指定者，則以被保險人之法定繼承人為受益人。														
各項醫療保險金或殘廢保險金受益人限被保險人本人，本公司不受理其變更或指定。																				
繳別	<input type="checkbox"/> 月繳	<input type="checkbox"/> 季繳	<input type="checkbox"/> 半年繳	<input type="checkbox"/> 年繳	新台幣		元	繳費方式	首期	<input type="checkbox"/> 信用卡	<input type="checkbox"/> 郵局劃撥	續期	<input type="checkbox"/> 信用卡	<input type="checkbox"/> 郵局劃撥	<input type="checkbox"/> 自動轉帳方式(繳納本保險契約)					

二、被保險人健康告知事項

S被保險人告知事項，請要保人及被保險人親自據實回答，如有故意隱匿、過失遺漏或為不實之說明者，本公司得依保險法第六十四條規定解除保險契約且不退還已繳之保險費。 S依保險法第 127 條規定，被保險人已疾病或妊娠情況中，保險人對是項疾病或分娩，不負給付保險金額之責任。																			是	否
1.	過去五年內是否曾因患有下列疾病『註一』而接受醫師治療、診療或用藥?																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	過去五年內是否曾因受傷或生病住院治療七日以上?																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	過去二年內是否曾因接受健康檢查有異常情形而被建議接受其他檢查或治療?(亦可提供檢查報告代替回答)																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	過去一年內是否曾因患有下列疾病『註二』，而接受醫師治療、診療或用藥?																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	最近二個月內是否曾因受傷或生病接受醫師治療、診療或用藥?																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6.	目前身體機能狀況是否有失明、聾啞及言語、咀嚼、四肢機能障害?																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7.	女性被保險人回答：是否已確知懷孕?如是，已經幾週?																	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
註一：高血壓(指收縮壓 140mm 舒張壓 90mm 以上)、狹心症、心肌梗塞、心肌肥厚、心內膜炎、風濕性心臟病、先天性心臟病、主動脈血管瘤、腦中風(腦出血、腦梗塞)、腦瘤、腦動脈血管瘤、腦動脈硬化症、癲癇、肌肉萎縮症、重症肌無力、智能障礙(異常性表無法明顯判斷者)、巴金森氏症、精神病、肺氣腫、支氣管擴張症、塵肺症、肝結核、肝炎、肝內結石、肝硬化、肝機能(腫)腫瘤能亢進或低下、白血病、貧血(再生不良性貧血、地中海型貧血)、紫斑症、糖尿病、類風濕性關節炎、肢端肥大症、腦下垂體																				
註二：酒精或藥物濫用成癮、眩暈症、食道、胃、十二指腸潰瘍或出血、潰瘍性大腸炎、胰臟炎、肝炎病毒帶原、肝膿瘍、黃疸、慢性支氣管炎、氣喘、肺膿瘍、肺栓塞、痛風、高血壓症、青光眼、白內障、乳腺炎、乳漏症、子宮內膜異位症、陰道異常出血。																				
身高：	公分		若告知為"是"，請說明發生時間、診斷病名、部位及程度、治療醫院、治療日期與期間、治療方式、有無體重：																公斤	
復發、目前狀況：																				

三、保單生效及續保

- 1.本保險契約之生效日，以要保人繳付保險費或其指定之信用卡扣款或帳戶轉帳成功後，溯及「保險單上所載之日時」。
- 2.本人知悉本契約保險期間為一年。保險期間屆滿後經本公司同意，於要保人繳付保險費或其指定之信用卡扣款或帳戶轉帳成功時，本契約繼續有效，最高可續保至 75 歲。續保保險費得依續保生效當時主管機關所核定之保險費調整，要保人若於保險期間屆滿後三十日內未繳付調整之保險費者，視為不同意續約，本契約於保險期間屆滿時終止。
- 3.被保險人若因非約定之事故而致保險契約效力終止時，其保險契約有解約金者，本公司將給付解約金或退還未到期保險費給要保人。
- 4.本保險商品為非保證續保之健康保險。

四、聲明事項

- 1.本人(被保險人)同意美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱美商安達保險)查閱本人相關醫療記錄及病歷資料。
 - 2.本人(被保險人)同意美商安達保險將所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦連線資料作為其會員公司受理本人投保時之核保參考，但各該公司仍應依其本身之核保標準決定是否承保，不得僅以前開資料作為承保與否之依據。
 - 3.本人(被保險人、要保人)同意美商安達保險得依「電腦處理個人資料保護法」之相關規定，對本人之個人資料，有為蒐集、電腦處理或國際傳遞及利用之權利。
- 本人已知悉本要保書所載『告知事項』及『聲明事項』之內容，並同意接受其相關內容之約束。

- 1.本公司資訊公開說明文件，請查閱本公司網址：www.ace-ina.com.tw 或洽免費付費服務專線 0800-339-899 或至本公司查詢。
- 2.本商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- 3.保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解，以避免權益受損。
- 4.投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。

要保人簽名：				未成年人其法定代理人簽名：			
被保險人簽名：				申	請	日	期：
業務員簽章：				員	工	編	號：
【本欄由保險公司填寫】							
保單號碼：				職級	第	類	
保險生效日：	自民國	年	月	日午夜 12 時起			
Sponsor / Campaign Code :				保經/保代簽署人章		美商安達保險受理章	



ace insurance

美商安達產物保險股份有限公司

信用卡付款授權書

申請日期： 年 月 日

保單號碼	1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ <input type="checkbox"/> 要保人所有保單共 _____ 件		
要保人姓名			要保人身分證字號
聯絡電話	(公)	(宅)	(行動電話)
信用卡授權人姓名			信用卡授權人身分證字號
與要/被保人關係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 配偶 <input type="checkbox"/> 父母 <input type="checkbox"/> 子女 <input type="checkbox"/> 兄弟姐妹 <input type="checkbox"/> 受益人		
發卡銀行： _____ (請務必填寫)			
信用卡號： _____ - _____ - _____ - _____			
信用卡有效期限： _____ / _____ (月/年)(與信用卡相符)			
信用卡授權人簽名	(須與信用卡之簽名樣式相同)		

保險費信用卡付款授權約定條款

- 授權人同意信用卡發卡機構按期自本授權書所指定信用卡(以下簡稱信用卡)帳戶內扣款,並代為支付指定保單應繳之首續期保險費予美商安達產物保險股份有限公司(以下簡稱安達保險)。
- 若授權人以信用卡繳付保險費,授權人應於續期保險費請款日前將本授權書送達安達保險,始生效力。逾期送達者,延至次期保險費應繳日始生效力,但若相關作業提前完成則本扣款作業將於當期起生效;若授權人欲變更繳費信用卡時,應重新填寫授權書,並於當期保險費安達保險請款日前,將授權書送達安達保險,原授權書即告終止,逾期者自次期起始生效力,但若相關作業提前完成則本扣款作業將於當期起生效。
- 本授權書因填寫內容不全、錯誤或下列任一情形發生時,則自該事由發生日起失其效力:
(1)發卡機構不同意授權人依指定信用卡繳交保險費。(2)要保人無繳納保險費義務時。(3)要保人變更收費方式或終止保險契約之程序完成時。(4)授權人與發卡機構信用卡契約終止時。
- 授權人因第3點情事致發卡機構無法扣款並繳付保險費予安達保險時,指定保單之收費方式將自動轉換為"自行繳費"或安達保險指定之收費方式,且契約之寬限期仍依原保單條款約定事項處理。
- 請利。若若有信用卡之信用額度扣除未償金額後不足支付該期應繳保險費之情形時,則於保單有效期內,安達保險保有再次請款之權利。本授權書效力不因指定保單保險費發生變動而受影響。
- 授權人以信用卡代繳保險費後,該筆保險費將併入當月份之信用卡消費明細中,授權人於收到當月份之繳款通知單後,應依發卡機構信用卡契約之約定條款起息日計算,與指定保單之寬限期無關。
- 授權人對安達保險之保險費計算、退補保險費或授權內容有所疑義,應自行與安達保險洽詢,概與發卡機構無涉。
- 若安達保險經由此項服務業務所收、取保險費有退還之必要時,除另有約定外,安達保險得逕行退還該款項予持卡人。
- 授權人指定繳付之信用卡如有卡號或有效期變動等情事時,授權人應主動通知安達保險並重新填具授權書,依第2點辦理生效。授權人不為或怠於前述通知及辦理相關程序,致安達保險無法以本授權書之信用卡自發卡機構取得各期保險費之信用卡授權時,不生繳付保險費之效力。原授權書於新授權書生效後即行終止。
- 授權人重填授權書前,安達保險就其指定之信用卡卡號不變之年度續卡,仍得依本授權書向發卡機構請求信用卡授權繳付各期應繳保險費。
- 授權書終止前應繳付予安達保險之保險費,授權人仍應依發卡機構所發之付款通知書向發卡機構支付。
- 指定保單之被保險人身故或全殘時,如發卡機構已將身故或全殘後原應繳之保險費支付予安達保險者,授權人仍應依發卡機構所發之付款通知書向發卡機構支付;倘有應退補款項,依第7點規定辦理。
- 授權人以同一張信用卡同時授權安達保險代繳二張以上保單之保險費時,代繳順序由安達保險衡量授權人之信用卡信用額度餘額與保單狀況權衡處理,要保人及授權人均無異議。
- 授權人應確實填寫本授權書各項資料,如有冒用他人帳戶使用者,須自負法律責任。
- 安達保險應依電腦處理個人資料保護法等相關法令,就本授權書填載資料負保密義務,不得任意洩漏予非執行本授權書業務之第三人,亦不得作本授權書目的範圍以外之使用。
- 上列約定條款如有未盡事宜,授權人得授權安達保險與發卡機構隨時協商修改之。

【以下由安達保險填寫】

受理人員/日期	經辦人員/日期	覆核人員/日期



ace insurance

美商安達保險 銀行／郵局自動轉帳付款授權書

透過媒體交換(ACH)金融機構轉帳代繳 / 郵局扣款

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司及下述之指定銀行／郵局得自授權人之下述帳戶內自動轉帳，以繳付本授權書所指定之保險契約應繳之保險費。

本授權書應於保險費應繳月之上一個月10日前申請，並請於填妥後寄回美商安達產物保險股份有限公司。

發動行：花旗銀行(021) 交易代號：705(產物保險) 發動者統編：12366616 申請日期： 年 月 日

要保人姓名： _____

保單號碼： 1. _____ 3. _____ 5. _____

(要保人須為同一人) 2. _____ 4. _____ 6. _____

授權人姓名(帳戶持有人且須為要保人本人)： _____

◎授權人身分證字號/統一編號(必填)： _____

聯絡電話：(公) _____ (宅) _____ (行動電話) _____

聯絡地址：□□□ _____ 縣/市 _____ 市/區/鄉/鎮 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷
_____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

金融機構轉帳

金融機構代號：

□□□□□□□□ _____ 銀行 _____ 分行

銀行帳號 □□□□□□□□□□□□□□□□□□

(請依存摺帳號含分行別、科目及檢查碼(非金融卡號碼)由左至右填寫，空位不補0)

郵局轉帳：

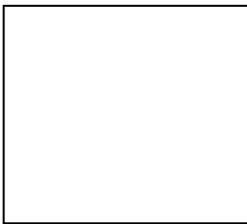
郵局存簿儲金 _____ 郵局 _____ 支局

局號 □□□□□□□□ 帳號 □□□□□□□□

授權人同意本授權書背面約定條款

簽名： _____

帳戶原留印鑑處【一式三聯】



請分別於三聯簽名或蓋章，其樣式需與開戶印鑑相同。

【轉帳銀行印鑑核對】

主管：

經辦：

【安達保險審核】

主管：

經辦：

受理日期：

★ 授權書如有塗改，請務必於塗改處加蓋開戶印鑑章



ace insurance

美商安達保險 銀行／郵局自動轉帳付款授權書

透過媒體交換(ACH)金融機構轉帳代繳 / 郵局扣款

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司及下述之指定銀行／郵局得自授權人之下述帳戶內自動轉帳，以繳付本授權書所指定之保險契約應繳之保險費。

本授權書應於保險費應繳月之上一個月10日前申請，並請於填妥後寄回美商安達產物保險股份有限公司。

發動行：花旗銀行(021) 交易代號：705(產物保險) 發動者統編：12366616 申請日期： 年 月 日

要保人姓名： _____

保單號碼： 1. _____ 3. _____ 5. _____

(要保人須為同一人) 2. _____ 4. _____ 6. _____

授權人姓名(帳戶持有人且須為要保人本人)： _____

◎授權人身分證字號/統一編號(必填)： _____

聯絡電話：(公) _____ (宅) _____ (行動電話) _____

聯絡地址：□□□□ _____ 縣/市 _____ 市/區/鄉/鎮 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷
_____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

金融機構轉帳

金融機構代號：

□□□□□□□□ _____ 銀行 _____ 分行

銀行帳號□□□□□□□□□□□□□□□□

(請依存摺帳號含分行別、科目及檢查碼(非金融卡號碼)由左至右填寫，空位不補0)

郵局轉帳：

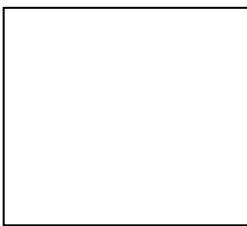
郵局存簿儲金 _____ 郵局 _____ 支局

局號□□□□□□□□ 帳號□□□□□□□□□□

授權人同意本授權書背面約定條款

簽名： _____

帳戶原留印鑑處【一式三聯】



請分別於三聯簽名或蓋章，其樣式需與開戶印鑑相同。

【轉帳銀行印鑑核對】

主管：

經辦：

【安達保險審核】

主管：

經辦：

受理日期：

★ 授權書如有塗改，請務必於塗改處加蓋開戶印鑑章



ace insurance

美商安達保險 銀行／郵局自動轉帳付款授權書

透過媒體交換(ACH)金融機構轉帳代繳 / 郵局扣款

立授權書人(以下簡稱授權人)茲授權美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司及下述之指定銀行／郵局得自授權人之下述帳戶內自動轉帳，以繳付本授權書所指定之保險契約應繳之保險費。

本授權書應於保險費應繳月之上一個月10日前申請，並請於填妥後寄回美商安達產物保險股份有限公司。

發動行：花旗銀行(021) 交易代號：705(產物保險) 發動者統編：12366616 申請日期： 年 月 日

要保人姓名： _____

保單號碼： 1. _____ 3. _____ 5. _____

(要保人須為同一人) 2. _____ 4. _____ 6. _____

授權人姓名(帳戶持有人且須為要保人本人)： _____

◎授權人身分證字號/統一編號(必填)： _____

聯絡電話：(公) _____ (宅) _____ (行動電話) _____

聯絡地址：□□□ _____ 縣/市 _____ 市/區/鄉/鎮 _____ 路/街 _____ 段 _____ 巷
_____ 弄 _____ 號 _____ 樓之 _____

金融機構轉帳

金融機構代號：

□□□□□□□□ _____ 銀行 _____ 分行

銀行帳號 □□□□□□□□□□□□□□□□□□

(請依存摺帳號含分行別、科目及檢查碼(非金融卡號碼)由左至右填寫，空位不補0)

郵局轉帳：

郵局存簿儲金 _____ 郵局 _____ 支局

局號 □□□□□□□□ 帳號 □□□□□□□□

授權人同意本授權書背面約定條款

簽名： _____

帳戶原留印鑑處【一式三聯】



請分別於三聯簽名或蓋章，其樣式需與開戶印鑑相同。

【轉帳銀行印鑑核對】

主管：

經辦：

【安達保險審核】

主管：

經辦：

受理日期：

★ 授權書如有塗改，請務必於塗改處加蓋開戶印鑑章

金融機構代繳保險費付款授權約定條款

1. 本條款所謂「自動轉帳付款」，係指在美商安達產物保險股份有限公司台灣分公司(以下簡稱安達保險)指定之金融機構設有活期存款或活期儲蓄存款帳戶(郵政存簿金帳戶)之帳戶所有人(以下簡稱授權人)，同意由前述帳戶辦理自動轉帳，按期支付要保人依指定保單應繳之續期保險費予安達保險。
2. 授權人應於續期保費到期日之四十天前將本授權書送達安達保險營運部，安達保險始將本授權書轉交轉帳銀行審核，經轉帳銀行審核通過後發生效力。逾期者，本授權書延至次期保費到期日始生效力。本授權書因填寫內容不全、錯誤或其他原因致使轉帳銀行或郵局無法辦理扣款、轉帳者，本授權書不生效力。
3. 同一要保人且同一帳戶者，如擁有本公司二張以上保單可填寫於同一份授權書。
4. 授權書指定交付保險費之帳戶內，無足夠餘額或該帳戶遭法院強制執行無法轉帳者，指定銀行／郵局不得辦理自動轉帳，並應將事實通知安達保險。
5. 授權人在同一帳戶內，同時委託自動轉帳交付二張以上保單之保費時，指定銀行／郵局有權就帳戶內之存款決定轉帳付款之優先順序。若存款不足以支付任一筆款項者，指定銀行／郵局將不予轉帳，授權人仍應於保險契約約定之寬限期內交付保險費。寬限期之計算仍依保險契約有關催告及寬限期間之規定為之，不因本授權書有不同。
6. 授權人如欲變更原指定帳戶時，應重新填寫授權書於保險費應繳日前一個月 10 日前交美商安達保險，轉送達指定銀行／郵局後始生效力，原授權書自動失效。
7. 保險契約經終止或解除而失效後，如指定銀行／郵局仍自授權人帳戶進行轉帳交付保險費者，保險契約並不因此而復效，安達保險應將該筆款項無息退還授權人。
8. 授權人如欲終止授權關係時，應於當期保險費應繳日前一個月，將「終止授權通知書」交安達保險送達指定銀行／郵局後始生效力。逾期通知者，自次期始生終止授權之效力，終止授權通知書生效前，應繳之保費仍由授權人帳戶扣繳。
9. 授權人對安達保險保費之費率計算或退補保費事項有疑議，或指定銀行／郵局自動轉帳金額與應繳保險費金額不符時，應直接洽詢安達保險，概與指定銀行／郵局無關。
10. 本授權書約定事項如有未盡事宜，受託金融機構暨安達保險得隨時協商修改。
11. 本授權書之效力不因其所指定保單之保費發生變動而受影響。
12. 因各種原因致本授權書效力終止者，如授權人欲再以自動轉帳付款方式繳付保費，須重新填寫授權書，並依約定條款之授權辦理重新生效。
13. 被保險人身故或全殘時，如轉帳銀行或郵局已將身故或全殘後之保險費扣款轉帳予安達保險，安達保險將依指定保單約定退還未到期保費。
14. 要保人辦理撤銷、終止指定保單，轉帳銀行/郵局仍將辦理前之保險費扣款轉帳予安達保險時，安達保險應依指定保單之約定退還保險費。